

טופס הסכמה : Cataract Extraction ניתוח להסרת ירוד בעזרת לייזר LenSx או Victus

אני

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

מצהירה/ה בזאת ומאשר/ת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ על הצורך
בביצוע ניתוח ירוד עם/בלי השתלת עדשה תוך עינית.
סוג הניתוח אשר יבוצע במטופל/ת בעין ימין/שמאל * (להלן : "הניתוח העיקרי"):

סוג העדשה _____ המושתלת:

- עדשות מונופוקאליות-הסרת הירוד והשתלת עדשה מלאכותית** (עשוי להצריך משקפי קריאה או מרחק. מטרת הניתוח אינה הקטנת התלות במשקפיים).
- עדשות מולטיפוקאליות-הסרת הירוד והשתלת עדשה מולטי פוקאלית** במטרה להקטין את התלות במשקפיים. (חלק קטן מהמנותחים יזדקק למשקפיים גם לאחר ניתוח זה).
- עדשות טוריות- הסרת הירוד והשתלת עדשה מולטי מלאכותית** בעלת יכולת אופטית במטרה להקטין אסטיגמציה (צילינדר) בקרנית ולהקטין את התלות במשקפיים.

הירוד (קטרקט), הוא אחד הגורמים השכיחים להפרעה בראיה באנשים מבוגרים המצוי בלמעלה מ - 2/3 מהאוכלוסייה שמעל גיל 60. הירוד, הינו מצב בו עדשת העין איבדה את שקיפותה. הניתוח נועד להוציא את העדשה העכורה וברוב המקרים להשתיל במקומה עדשה מלאכותית.
סוג העדשה וכוחה האופטי יקבעו על ידי הרופא/ה בהתאם לנתוני העין ולמהלך הניתוח. קיימים מצבים בהם לא ניתן להשתיל עדשה בשל תנאים לא מתאימים. במקרים אלה יבוצע רק הוצאת העדשה. ישנם מקרים בהם העדר תנאים להשתלת עדשה יתגלה רק בעת הניתוח. אצל חלק מהמנותחים ייתכן צורך בהרכבת משקפיים לאחר הניתוח.

אני מצהירה/ה ומאשר/ת שהוסבר לי כי אין דרכים חלופיות לטיפול בירוד.
אני מצהיר שהוסבר לי כי השלב הראשון בניתוח יבוצע בחדר לייזר בעזרת מכשיר ה LenSx או Victus ובו תבוצע פתיחת הקופסית של העדשה, פיצול העדשה ויצירת הפתחים בקרנית בעזרת קרן לייזר. המשך הניתוח הכולל פינוי העדשה העכורה והשתלת עדשה מלאכותית בעין יבוצע בחדר ניתוח כמקובל.
אני מצהיר בזאת שהוסבר לי שזהו ניתוח חדש וכי הוא הוצע לי במטרה להעלות את הבטיחות והדיוק של הניתוח.

אני מצהירה/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי האפשריות של הניתוח לרבות כאב ואי נוחות. כמו כן, הוסבר לי הסיכונים והסיכונים האפשריים לרבות: זיהום, דימום, איבוד הזוגיות, נקיעת העדשה, תזוזת העדשה התוך עינית, סיבוכים הקשורים בתגובה מאוחרת של העין לניתוח וכן אפשרות להפרעות תשבורת לאחר הניתוח, שיצריכו הרכבת משקפיים. במקרים נדירים אובדן הראיה בעין המנותחת. סיבוכים נדירים יותר הינם צניחת העפעף, תגובה דלקתית כרונית, דלקת טוקסית של המקטע הקדמי (TASS), השפעה שלילית של העדשה המושתלת על הקרנית שתצריך את הוצאת העדשה בניתוח ולעיתים צורך בהשתלת קרנית, היפרדות רשתית ובצקת במקולה. ב- 10-20% מהמנותחים עשויה להופיע לאחר הניתוח עכירות מאחורי העדשה המושתלת. מצב זה נקרא "ירוד שניוני" ובחלק מהמקרים מצב זה מצריך טיפול נוסף המתבצע בלייזר.

חשוב מספר העדשה המושתלת בניתוח מתבצע באמצעות מכשור מתקדם אשר תואם את המצופה במרבית המקרים. יחד עם זאת תתכן סטייה מאותו חישוב וקבלת תשבורת אחרת (מספר). במידה ומספר זה סוטה משמעותית מהצפוי, יתכן ויעלה צורך בביצוע פעולה ניתוחית נוספת כמו למשל: הוצאת העדשה המלאכותית והחלפתה באחרת, השתלת עדשה מלאכותית נוספת, ליטוש אופטי של הקרנית בלייזר.
אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

כמו כן, אני מצהירה/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת הרופא/ה יהיו חיוניים או דרושים במהלך הניתוח העיקרי.
הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסבר לי הסיכונים והסיכונים של הרדמה מקומית לרבות דימום, זיהום, פגיעה בעין, ובמקרים נדירים אובדן הראיה. אם יוחלט על ביצוע הניתוח בהרדמה כללית ניתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

חתימת המטופל

תאריך

חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____ שם האפוסטרופוס(קירבה) _____
אני מאשר / ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוסטרופוס של המטופל * את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא / היא חתם / העל ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם. * מחקי את המיותר

מס' רישיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

